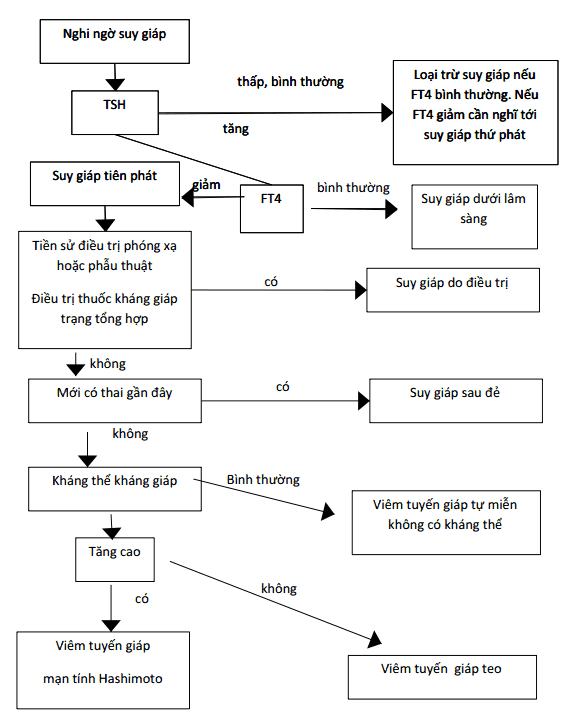
**CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ SUY GIÁP**

***Khoa Nội tiết - Bệnh viện Bạch Mai***

**Mục tiêu**  
1. Trình bày được các xét nghiệm cơ bản trong chẩn đoán bệnh suy giáp.  
  
2. Trình bày được chẩn đoán xác định, chẩn đoán phân biệt các thể suy giáp.  
  
3. Trình bày được các phương pháp điều trị bệnh suy giáp.  
  
**1. Đại cương**  
Suy giáp là hội chứng đặc trưng bằng tình trạng suy giảm chức năng tuyến giáp, sản xuất hormon tuyến giáp không đầy đủ so với nhu cầu của cơ thể, gây nên tổn thương ở các mô, cơ quan, các rối loạn chuyển hóa trên lâm sàng và xét nghiệm.  
  
Bệnh thường gặp ở phụ nữ, chiếm tỉ lệ 2%; trong khi ở nam giới chỉ có 0,1%. Suy giáp cận lâm sàng gặp ở 7,5% phụ nữ và 3% ở nam giới, tăng dần theo tuổi. Suy giáp bẩm sinh gặp ở 1/5000 trẻ sơ sinh.  
  
**2. Chẩn đoán**  
**2.1. Chẩn đoán xác định**  
***2.1.1. Triệu chứng lâm sàng***  
Bệnh nhân mệt mỏi không rõ nguyên nhân, tăng cân dù ăn uống kém, sợ lạnh, chậm chạp, giảm trí nhớ.  
  
Tổn thương da-niêm mạc, lông tóc móng: thâm nhiễm da và niêm mạc làm bệnh nhân biến đổi hình thể. Mặt tròn, ít biểu lộ cảm xúc. Da khô, vàng sáp. Niêm mạc lưỡi bị xâm nhiễm làm lưỡi bị to ra, giọng khàn. Thâm nhiễm niêm mạc mũi làm cho ngủ có tiếng ngáy. Tóc khô dễ rụng.  
  
Triệu chứng tim mạch: tim nhịp chậm < 60 chu kỳ/phút, huyết áp thấp, tốc độ tuần hoàn giảm, cung lượng tim thấp, tim to do thâm nhiễm cơ tim, thể nặng có thể có tràn dịch màng tim. Nghe tim thấy tim mờ, chậm đều hoặc không đều.  
  
Rối loạn tiêu hoá: táo bón dai dẳng do giảm nhu động ruột.  
  
Khám tuyến giáp: thường không sờ thấy được.  
  
Dấu hiệu cơ bắp: yếu cơ, chuột rút, đau cơ hay gặp.  
  
***2.1.2. Xét nghiệm cận lâm sàng:*** FT3, FT4 giảm, TSH tăng đây là dấu hiệu giúp chẩn đoán xác định suy giáp và chẩn đoán phân biệt suy giáp tại tuyến, suy giáp ngoài tuyến và suy giáp cận lâm sàng.  
  
Suy giáp tại tuyến: TSH tăng (>10 μU/ml ), FT4 giảm.  
  
Suy giáp ngoài tuyến: TSH bình thường hoặc giảm, FT4 giảm.  
  
Suy giáp cận lâm sàng: TSH tăng (>5 μU/ml ), FT4 bình thường.  
  
**2.2. Chẩn đoán phân biệt**  
***2.2.1 Theo thể lâm sàng***  
Khi có một số triệu chứng gợi ý suy giáp dù không đầy đủ như: Hội chứng trầm cảm, phụ nữ 50 tuổi có các triệu chứng mãn kinh nặng hoặc Alzheimer, nên định lượng hormon tuyến giáp để chẩn đoán.  
  
Những người thiếu máu, dinh dưỡng kém.  
  
Những người béo phì.  
  
***2.2.2. Hội chứng T3 giảm:*** có đặc điểm là T4 bình thường hoặc hơi cao, T3 thấp , FT3 tăng và TSH bình thường có thể gặp trong các bệnh cấp và mạn tính như nhiễm khuẩn nặng, ung thư di căn, suy tim giai đoạn cuối, điều trị hồi sức tích cực lâu ngày, suy dinh dưỡng. Khi không có tăng TSH có thể loại trừ suy giáp.  
  
***2.2.3. Chứng đần độn của bệnh Langdon-Down:***bệnh nhân có biểu hiện mắt xếch, da và hệ lông tóc móng bình thường, bàn tay khỉ.  
  
***2.2.4. Những bệnh gây lùn:***bệnh ngắn xương chi có biểu hiện các chi ngắn vì các sụn đầu xương chi sớm liền.  
  
**2.3. Chẩn đoán nguyên nhân**  
***2.3.1. Nguyên nhân của suy giáp tiên phát***  
a) Nguyên nhân tại tuyến giáp:  
  
Viêm tuyến giáp mạn tính tự miễn Hashimoto giai đoạn muộn: là loại viêm giáp trạng tăng lympho bào, có sự thâm nhiễm lympho tbào vào tổ chức giáp trạng và có kháng thể kháng giáp trạng.  
  
Tuyến giáp teo ở phụ nữ mãn kinh.  
  
Viêm tuyến giáp bán cấp tái phát nhiều lần.  
  
Một số nguyên nhân hiếm gặp:  
- Những khiếm khuyết bẩm sinh trong quá trình tổng hợp và bài tiết hormon giáp trạng.  
- Rối loạn sinh tổng hợp tuyến giáp biểu hiện muộn.   
- Rối loạn chuyển hoá Iod: thừa hoặc thiếu Iod.  
- Không có tuyến giáp.  
  
b) Nguyên nhân do điều trị:  
  
Sau phẫu thuật tuyến giáp (Cắt quá nhiều hoặc cắt toàn bộ tuyến giáp).  
  
Sau điều trị bằng Iod 131 hoặc bằng thuốc kháng giáp trạng tổng hợp quá liều.  
  
***2.3.2. Nguyên nhân của suy giáp thứ phát:***  
Khối u lành hoặc ác tính của tuyến yên.  
  
Sau phẫu thuật tuyến yên hoặc chấn thương tuyến yên.  
  
Hoại tử tuyến yên do mất máu sau đẻ (Hội chứng Sheehan).  
  
Chiếu tia xạ vào vùng tuyến yên.  
  
Rối loạn chức năng vùng dưới đồi.  
  
**3. Xét nghiệm cận lâm sàng**  
**3.1. Xét nghiệm cơ bản**  
Siêu âm tuyến giáp: siêu âm tuyến giáp bằng đầu dò 7.5 hoặc 10 Hz, tuyến giáp teo nhỏ hoặc không quan sát đựơc nhu mô tuyến giáp trên siêu âm (trong các trường hợp suy giáp sau phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp), đậm độ nhu mô tuyến giảm âm, có thể có nhiều xơ hoá (do viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto).  
  
Công thức máu: thường có thiếu máu, hồng cầu bình thường hoặc to.  
  
Sinh hoá máu:  
- FT4, TSH.  
- Cholesterol, Triglycerid: tăng.  
- Glucose, Natri giảm; CK, CKMB tăng.  
  
Siêu âm tim: phát hiện tràn dịch màng ngòai tim, viêm màng ngoài tim.  
  
Chụp XQ tim phổi: bóng tim to do thâm nhiễm cơ tim, có thể có tràn dịch màng tim.  
  
Điện tâm đồ: nhịp chậm xoang, QRS điện thế thấp lan toả ở tất cả các chuyển đạo.  
  
**3.2. Xét nghiệm chẩn đoán nguyên nhân gây suy giáp**  
***3.2.1. Suy giáp tại tuyến***  
Anti-TPO hoặc anti-TG thường tăng trong suy giáp tại tuyến do viêm tuyến giáp tự miễn mạn tính Hashimoto.  
Hình ảnh giải phẫu bệnh điển hình của viêm tuyến giáp tự miễn mạn tính Hashimoto: nhu mô tuyến bị phá huỷ, thay vào đó là các tổ chức lympho bào.  
  
***3.2.2. Suy giáp ngoài tuyến***  
Phải định lượng các hormon tuyến thượng thận và tuyến sinh dục vì có thể suy giáp nằm trong bệnh cảnh suy đa tuyến.  
  
Chụp MRI sọ não để phát hiện khối u tuyến yên (trong một số trường hợp nghi ngờ do nguyên nhân tuyến yên, kết hợp khám chuyên khoa mắt: đo thị trường, thị lực.  
  
**4. Điều trị**  
**4.1. Nguyên tắc chung**  
Mọi trường hợp suy giáp phải điều trị, trừ các trường hợp nhẹ mới có biến đổi về xét nghiệm ở những bệnh nhân có nguy cơ mạch vành. Điều trị bằng hormon thay thế đường uống, vĩnh viễn.  
  
Thuốc thường dùng là L\_Thyroxin (L-T4): là lựa chọn đầu tiên để điều trị suy giáp, an toàn khi sử dụng cho phụ nữ có thai và có thể sử dụng trong hôn mê do suy giáp; hấp thu 60-80%, thời gian bán huỷ dài, khoảng 7 ngày. Đóng dạng viên nén, hàm lượng 50μg và 100μg (biệt dược L-Thyroxine, Thyrax…). Uống 1 lần mỗi ngày, vào lúc đói, trước bữa ăn sáng 30 phút. Cần lưu ý không uống thuốc naỳ cùng thời điểm với các chế phẩm calcium carbonate, sắt, cholestyramine, sucralfate, nhôm hydroxide. Các triệu chứng lâm sàng của bệnh cải thiện sau vài tuần uống thuốc (thường khỏang 6-8 tuần).  
  
Cần tiên lượng trước tai biến mạch vành ở các bệnh nhân có yếu tố nguy cơ.  
  
Cần loại trừ hoặc điều trị suy thượng thận trước khi điều trị thay thế hormon tuyến giáp.   
  
**4.2. Điều trị cụ thể**  
***4.2.1. Bệnh nhân không có bệnh lý mạch vành***  
Có thể điều trị ngoại trú  
  
Liều tấn công ban đầu tương đối cao: Levothyrox 1÷2 μg/kg/ngày (trung bình 1,6 μg/kg/ngày). Tăng liều từ từ khoảng 25÷50 μg/mối 2 tuần, cho tới khi đạt mục tiêu (TSH về bình thường). Rồi duy trì liều ổn định. Lưu ý phát hiện triệu chứng quá liều là triệu chứng cường giáp.  
  
Theo dõi: mục đích là đạt được nồng độ TSH bình thường. Cần định lượng TSH 3-6 tuần sau lần chỉnh thuốc lần cuối cùng.  
  
Được gọi là điều trị có hiệu quả khi:  
- Lâm sàng: hết các triệu chứng cơ năng như mệt mỏi, sợ lạnh, táo bón…các triệu chứng thâm nhiễm da, niêm mạc mất đi chậm hơn.  
- Xét nghiệm: TSH về bình thường.  
  
***4.2.2. Bệnh nhân lớn tuổi và /hoặc có nghi ngờ bệnh mạch vành***  
Nên điều trị tại các cơ sở y tế.  
  
Trước khi điều trị hormon thay thế cần kiểm tra và điều trị thiếu máu (nếu có), tăng liều thuốc điều trị đau thắt ngực đang dùng; nếu không có chống chỉ định thì dùng thuốc chẹn beta-giao cảm chọn lọc, chỉnh liều cho phù hợp với chức năng tim.  
  
Điều trị suy giáp: Nên bắt đầu với Levothyrox liều tối thiểu (12,5μg/ngày), tăng liều từ từ 12,5μg/tuần, thậm chí còn thấp hơn.  
  
Theo dõi:  
- Về tim mạch: triệu chứng đau thắt ngực, điện tâm đồ hàng ngày. Định lượng men tim 2 lần/tuần.  
- Theo dõi công thức máu: nếu có thiếu máu.  
- Nếu có xuất hiện đau thắt ngực khi tăng liều hormon thay thế cần làm điện tâm đồ, định lượng men tim, tăng liều thuốc chống đau thắt ngực và ngừng tăng liều hormon thay thế.  
  
Mục tiêu điều trị: TSH ở giới hạn cao của bình thường. Nên duy trì liều Levothyrox dưới liều điều trị để tránh cơn đau thắt ngực.  
  
***4.2.3. Điều trị phụ nữ suy giáp có thai***  
  
Khi có thai thì liều thuốc phải tăng 25-50% so với lúc chưa có thai. Cần phải theo dõi kỹ bệnh, chỉ số FT4, TSH trong thai kỳ đặc biệt là quí đầu của thai kỳ vì đây là khoảng thời gian thai nhi chưa có tuyến giáp nhưng lại có nhu cầu lớn hormone cho việc phát triển trí tuệ.  
- BN cần đi khám lại hàng tháng để chỉnh liều, mục tiêu điều trị là TSH<2 μU/ml ở các BN suy giáp tại tuyến.  
- Sau đẻ, BN quay trở lại uống liều như trước khi có thai.  
  
***4.2.4. Điều trị suy giáp thứ phát do nguyên nhân trên cao***  
Nguyên tắc điều trị L-Thyroxin như ở trên. Điều chỉnh liều nhằm đạt được nồng độ FT4 trong giới hạn bình thường.  
Phải điều trị thay thế hormon tuyến thượng thận trước khi điều trị hormon tuyến giáp (nguyên tắc điều trị: xem bài điều trị suy thượng thận).  
  
***4.2.5. Suy giáp cận lâm sàng:***  
Chỉ định điều trị còn tranh cãi, có chỉ định khi (a) có triệu chứng lâm sàng của suy giáp, (b) tăng cholesterol máu phải điều trị, (c) bướu cổ, (d) có thai, hoặc (d) TSH>10μU/ml.  
  
**4.3. Điều trị hôn mê suy giáp**  
Bệnh nhân cần được điều trị tại khoa Hồi sức tích cực.  
  
Trường hợp giảm thông khí, giảm oxy cần được theo dõi và xét đặt nội khí quản, thở máy. Sưởi ấm cho bệnh nhân.  
Ngày đầu tiên có thể cho 200 mg hydrocortisone/ngày, tiêm tĩnh mạch.  
  
Cho LT-4.  
  
**5. Phòng bệnh**  
Những bệnh nhân có anti-TPO tăng mà chưa có suy giáp lâm sàng thì phải theo dõi và xét nghiệm định kỳ hàng năm để phát hiện sớm và điều trị kịp thời suy giáp.  
  
Những phụ nữ có tiền sử đẻ mất máu nhiều phải được khám và phát hiện sớm Hội chứng Sheehan.

  
**Sơ đồ chẩn đoán suy giáp**